

# DEMANDE D'ADHÉSION 2010



## PAREO-V5 EMPRUNTEURS

COMPLÉTER CETTE DEMANDE D'ADHÉSION EN MAJUSCULES

Cachet et code du Courtier

Prêt 1  ESC  LIN  LIN R  
Prêt 2  ESC  LIN  LIN R  
Prêt 3  ESC  LIN  LIN R  
Prêt 4  ESC  LIN  LIN R  
Prêt 5  ESC  LIN  LIN R

N° de proposition Internet

Code Courtier

### Adhérent

Société ou  Particulier Dénomination sociale ou Nom, prénom

Adresse ou siège social

Code postal  Ville  N° Siret

demande à adhérer à l'Association et au contrat groupe n° L. 1019/0001 souscrit par elle auprès de SWISSLIFE ASSURANCE ET PATRIMOINE - société anonyme au capital de 113 250 000 €, entreprise régie par le Code des assurances - 341 785 632 RCS Paris - pour les garanties ci-après.

	Assuré 1	Assuré 2
Nom	<input type="radio"/> M. <input type="radio"/> Mme <input type="radio"/> Mlle <input type="text"/>	<input type="radio"/> M. <input type="radio"/> Mme <input type="radio"/> Mlle <input type="text"/>
Prénom	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Date de naissance <sup>①</sup>	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>
N° de Sécurité sociale	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Classes professionnelles et activité professionnelle <sup>②</sup>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Êtes-vous fumeur ? <sup>③</sup>	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non <input type="text"/>	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non <input type="text"/>
Profession exacte	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Adresse actuelle	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Code postal	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Ville	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Téléphone/Fax	<input type="text"/> / <input type="text"/>	<input type="text"/> / <input type="text"/>
Email	<input type="text"/>	<input type="text"/>

① ② ③ voir Informations complémentaires page 4.

#### ASSURÉ 1 :

Je désigne comme bénéficiaire de la part résiduelle éventuelle en cas de décès avant le déblocage total du capital emprunté : mon conjoint non séparé judiciairement de corps, ou la personne avec laquelle j'ai signé un Pacte Civil de Solidarité, à défaut, par parts égales entre eux, mes enfants nés ou à naître vivants ou représentés, à défaut mes père et mère, par parts égales ou au survivant d'entre eux, à défaut mes héritiers.

Autre clause : les personnes suivantes (nom, prénom, adresse et lien de parenté) : \_\_\_\_\_

(cette désignation peut être effectuée par acte séparé).

#### ASSURÉ 2 :

Je désigne comme bénéficiaire de la part résiduelle éventuelle en cas de décès avant le déblocage total du capital emprunté : mon conjoint non séparé judiciairement de corps, ou la personne avec laquelle j'ai signé un Pacte Civil de Solidarité, à défaut, par parts égales entre eux, mes enfants nés ou à naître vivants ou représentés, à défaut mes père et mère, par parts égales ou au survivant d'entre eux, à défaut mes héritiers.

Autre clause : les personnes suivantes (nom, prénom, adresse et lien de parenté) : \_\_\_\_\_

(cette désignation peut être effectuée par acte séparé).

Réf : **DA PAREO-V5**

Nom (assuré 1)  Prénom

	Prêt 1	Prêt 2	Prêt 3	Prêt 4	Prêt 5
Objet du prêt <sup>④</sup>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Type de prêt <sup>⑤</sup>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Type de taux <sup>⑤</sup>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Taux	<input type="text"/> %	<input type="text"/> %	<input type="text"/> %	<input type="text"/> %	<input type="text"/> %
Durée <sup>⑥</sup>	<input type="text"/> mois	<input type="text"/> mois	<input type="text"/> mois	<input type="text"/> mois	<input type="text"/> mois
Montant	<input type="text"/> €	<input type="text"/> €	<input type="text"/> €	<input type="text"/> €	<input type="text"/> €
Date début assurance	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>
Date déblocage des fonds	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>
Périodicité amortissement <sup>⑦</sup>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Si différé amortissement	<input type="text"/> mois	<input type="text"/> mois	<input type="text"/> mois	<input type="text"/> mois	<input type="text"/> mois
Libellé du prêt	<input type="radio"/> € <input type="radio"/> CHF	<input type="radio"/> € <input type="radio"/> CHF	<input type="radio"/> € <input type="radio"/> CHF	<input type="radio"/> € <input type="radio"/> CHF	<input type="radio"/> € <input type="radio"/> CHF
Echéance progressive*	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
Montant échéance	<input type="text"/> €	<input type="text"/> €	<input type="text"/> €	<input type="text"/> €	<input type="text"/> €

\*Si oui, remplir le cadre Détail de vos échéances progressives page 3 - ④ ⑤ ⑥ ⑦ voir Informations complémentaires pages 4 et 5. Les tableaux d'amortissement des prêts dont les caractéristiques figurent ci-dessous devront être communiqués lors de l'adhésion.

	Garanties prêt 1	Garanties prêt 2	Garanties prêt 3	Garanties prêt 4	Garanties prêt 5
<b>Assuré 1</b>					
<b>Décès/PTIA</b> <sup>⑧</sup>	Obligatoire	Obligatoire	Obligatoire	Obligatoire	Obligatoire
Quotité Décès/PTIA <sup>⑧</sup>	<input type="text"/> %	<input type="text"/> %	<input type="text"/> %	<input type="text"/> %	<input type="text"/> %
Option Décès+ <sup>⑧⑨</sup>	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
<b>Incapacité/Invalidité</b>	Facultatif	Facultatif	Facultatif	Facultatif	Facultatif
Incapacité <sup>⑩</sup>	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
Franchise Incap. <sup>⑪</sup>	<input type="radio"/> 30 <input type="radio"/> 90 <input type="radio"/> 180	<input type="radio"/> 30 <input type="radio"/> 90 <input type="radio"/> 180	<input type="radio"/> 30 <input type="radio"/> 90 <input type="radio"/> 180	<input type="radio"/> 30 <input type="radio"/> 90 <input type="radio"/> 180	<input type="radio"/> 30 <input type="radio"/> 90 <input type="radio"/> 180
Invalidité	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
Quotité Incapacité/Invalidité <sup>⑧</sup>	<input type="text"/> %	<input type="text"/> %	<input type="text"/> %	<input type="text"/> %	<input type="text"/> %
<b>Option Privilège</b> <sup>⑫</sup>	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
<b>Option Revente</b> <sup>⑬</sup>	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
Couverture sports amateurs spécifiques <sup>⑭</sup>	<input type="radio"/> C.1 <input type="radio"/> C.2 <input type="radio"/> C.3 <input type="radio"/> Sports soumis à étude préalable	<input type="radio"/> C.1 <input type="radio"/> C.2 <input type="radio"/> C.3 <input type="radio"/> Sports soumis à étude préalable	<input type="radio"/> C.1 <input type="radio"/> C.2 <input type="radio"/> C.3 <input type="radio"/> Sports soumis à étude préalable	<input type="radio"/> C.1 <input type="radio"/> C.2 <input type="radio"/> C.3 <input type="radio"/> Sports soumis à étude préalable	<input type="radio"/> C.1 <input type="radio"/> C.2 <input type="radio"/> C.3 <input type="radio"/> Sports soumis à étude préalable
<b>Assuré 2</b>					
<b>Décès/PTIA</b> <sup>⑧</sup>	Obligatoire	Obligatoire	Obligatoire	Obligatoire	Obligatoire
Quotité Décès/PTIA <sup>⑧</sup>	<input type="text"/> %	<input type="text"/> %	<input type="text"/> %	<input type="text"/> %	<input type="text"/> %
Option Décès+ <sup>⑧⑨</sup>	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
<b>Incapacité/Invalidité</b>	Facultatif	Facultatif	Facultatif	Facultatif	Facultatif
Incapacité <sup>⑩</sup>	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
Franchise Incap. <sup>⑪</sup>	<input type="radio"/> 30 <input type="radio"/> 90 <input type="radio"/> 180	<input type="radio"/> 30 <input type="radio"/> 90 <input type="radio"/> 180	<input type="radio"/> 30 <input type="radio"/> 90 <input type="radio"/> 180	<input type="radio"/> 30 <input type="radio"/> 90 <input type="radio"/> 180	<input type="radio"/> 30 <input type="radio"/> 90 <input type="radio"/> 180
Invalidité	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
Quotité Incapacité/Invalidité <sup>⑧</sup>	<input type="text"/> %	<input type="text"/> %	<input type="text"/> %	<input type="text"/> %	<input type="text"/> %
<b>Option Privilège</b> <sup>⑫</sup>	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
<b>Option Revente</b> <sup>⑬</sup>	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
Couverture sports amateurs spécifiques <sup>⑭</sup>	<input type="radio"/> C.1 <input type="radio"/> C.2 <input type="radio"/> C.3 <input type="radio"/> Sports soumis à étude préalable	<input type="radio"/> C.1 <input type="radio"/> C.2 <input type="radio"/> C.3 <input type="radio"/> Sports soumis à étude préalable	<input type="radio"/> C.1 <input type="radio"/> C.2 <input type="radio"/> C.3 <input type="radio"/> Sports soumis à étude préalable	<input type="radio"/> C.1 <input type="radio"/> C.2 <input type="radio"/> C.3 <input type="radio"/> Sports soumis à étude préalable	<input type="radio"/> C.1 <input type="radio"/> C.2 <input type="radio"/> C.3 <input type="radio"/> Sports soumis à étude préalable

⑧ ⑨ ⑩ ⑪ ⑫ ⑬ ⑭ voir Informations complémentaires page 5.

Nom (assuré 1)  Prénom 

### Détail de vos échéances progressives (uniquement si votre prêt prévoit cette possibilité)

	Prêt 1	Prêt 2		Prêt 1	Prêt 2
Montant échéance 1 <sup>ère</sup> période	<input type="text"/> €	<input type="text"/> €	Durée 1 <sup>ère</sup> période	<input type="text"/> mois	<input type="text"/> mois
Montant échéance 2 <sup>ème</sup> période	<input type="text"/> €	<input type="text"/> €	Durée 2 <sup>ème</sup> période	<input type="text"/> mois	<input type="text"/> mois
Montant échéance 3 <sup>ème</sup> période	<input type="text"/> €	<input type="text"/> €	Durée 3 <sup>ème</sup> période	<input type="text"/> mois	<input type="text"/> mois

## ORGANISMES PRÊTEURS

	Prêt 1	Prêt 2	Prêt 3	Prêt 4	Prêt 5
Nom	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Adresse	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Code postal	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Ville	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Téléphone	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Fax	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Je déclare exacts et sincères les renseignements portés sur cette Demande d'Adhésion qui serviront de base à l'acceptation de l'assureur et je reconnais avoir été informé(e) des conséquences qui pourraient résulter d'une omission ou d'une fausse déclaration prévues aux articles L.113-8 et L.113-9 du Code des assurances. J'ai bien noté que les informations recueillies sont nécessaires à l'appréciation de la Demande d'Adhésion par l'assureur. Je devrai déclarer dans un délai de trois mois, toute modification sous peine de déchéance. J'autorise l'assureur et ALPTIS ASSURANCES à communiquer les réponses à leurs correspondants et à tous ceux appelés à connaître l'adhésion en raison de sa gestion et de son exécution.

Je dispose d'un droit d'accès et de rectification pour toute information me concernant (conformément à la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 modifiée, relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés). Je reconnais avoir reçu et pris connaissance à la date indiquée ci-dessous, de la notice d'information contractuelle PAREO-V5 correspondant à la garantie que j'ai souscrite. J'ai la faculté de renoncer à mon adhésion dans un délai de 30 jours selon les modalités prévues dans la notice d'information.

 Fait à , le 

**Signature de l'Adhérent**  
(si différent des Assurés) précédée de la mention manuscrite "lu et approuvé"



**Signature de l'Assuré 1** précédée de la mention manuscrite "lu et approuvé"



**Signature de l'Assuré 2** précédée de la mention manuscrite "lu et approuvé"



① LIMITES D'ÂGE D'ADHÉSION ET DE COUVERTURE

		AGE D'ADHÉSION					
		18 - 49 ans	50 - 59 ans	60 - 64 ans	65 - 74 ans	75 - 85 ans	
AGE LIMITE DE COUVERTURE	Formule de base	Décès	Couverture jusqu'à 90 ans				
		PTIA	Couverture jusqu'à 65 ans				
		ITT/IPT	Couverture jusqu'à 65 ans				
Formule de base + Option Privilège	Décès	Couverture jusqu'à 90 ans					
		PTIA Dépendance	PTIA jusqu'à 65 ans puis Dépendance jusqu'à 90 ans (1)		Dépendance jusqu'à 90 ans		
		ITT/IPT avec allègement des limitations	Couverture jusqu'à 65 ans				
Option Revente	Revente Domicile principal	Couverture jusqu'à 55 ans					
Option Décès Plus	Couverture jusqu'à 65 ans						

(1) Dépendance : la garantie Dépendance totale s'applique à partir de 50 ans.

② CLASSES PROFESSIONNELLES ET ACTIVITÉ PROFESSIONNELLE

Des tarifs différents sont appliqués en fonction de la classe professionnelle à laquelle appartient l'Assuré, et de son activité professionnelle.

Les différentes classes professionnelles sont les suivantes :

- **Classe 1** : Cadres, Employés, Techniciens, Agents de maîtrise à activité sédentaire\*, Professions libérales du conseil à activité sédentaire\*, Professions médicales (statut libéral ou salarié).
- **Classe 2** : Cadres, Employés, Techniciens, Agents de maîtrise à activité non sédentaire\*, Professions libérales du conseil à activité non sédentaire\*, Professions paramédicales (statut libéral ou salarié), Artisans hors BTP, Commerçants, Professions du transport de passagers, Sans profession, Retraité.
- **Classe 3** : Artisans du BTP (menuisier, plombier, chauffagiste, électricien, maçon, peintre en bâtiment en hauteur inférieure à 20 mètres, carreleurs, couvreurs, charpentier, professionnel du terrassement...), Professions du transport de marchandises, Professions péri-agricoles (jardinier, maraîcher, paysagiste, ostréiculteur,...), Ouvriers non manutentionnaires (ouvriers qualifiés du BTP...).
- **Classe 4** : Exploitants et salariés agricoles, Ouvriers manutentionnaires (approvisionneur, assistant logistique, agent d'expédition, cariste, magasinier, ouvriers non qualifiés du BTP...), Profession du transport avec usage de cycles et motocycles.

Les Assurés sans profession peuvent souscrire seulement la garantie Décès et Perte Totale et Irréversible d'Autonomie en Classe 2.

\*est considéré comme sédentaire toute personne exerçant plus de 60 % de son activité sur son lieu habituel de travail et effectuant moins de 15 000 km par an de déplacements professionnels (train et avion exclus).

**PROFESSIONS EXCLUES**

Sont exclus de l'ensemble des garanties, les professions ou domaines d'activité suivants :

**Voyance, occultisme, sorcellerie, radiesthésiste.**

Sont exclues des seules garanties Incapacité Temporaire Totale de travail et Invalidité Permanente Totale les professions suivantes :

**Bûcheron, forestier, guide de chasse (safari), cascadeur, docker, guide de haute montagne, démineur.**

**PROFESSIONS SPÉCIFIQUES**

L'assuré exerçant une des professions spécifiques mentionnées ci-après pourra être amené à compléter un questionnaire métier. Après étude, l'assureur se réserve le droit de n'accepter l'assuré qu'à des conditions particulières (tarifications sur mesure, exclusions, limites de garanties ...) ou de le refuser.

La liste des professions spécifiques peut varier en fonction des garanties.

Pour l'ensemble des garanties :

Les professions impliquant le contact avec des animaux dangereux (vétérinaire en zoo, cirque, ...), les activités professionnelles en environnement naturel dangereux (aviation, navigation, offshore ou onshore, pêche, plongée, volcanologue, géophysicien, peintre et laveur de vitre en hauteur supérieure à 20 m), les Professions impliquant un risque pays (médecin sans frontière, cameraman, ...), les professions de sécurité (armée, convoyeurs de fonds, détective, garde de sécurité, garde du corps, gendarmerie, police, pompiers, vigiles), les professions impliquant le transport ou la manipulation de produits ou d'agents toxiques, inflammables ou explosifs (artificier, professionnel du forage, etc.), les mannequins.

Pour les seules garanties Décès et Perte Totale et Irréversible d'Autonomie :

Guide de chasse (safari), cascadeur, docker, guide de haute montagne, démineur.

Pour les seules garanties Incapacité Temporaire Totale de travail et Invalidité Permanente Totale de Travail :

Les professions artistiques (acteur, artiste-peintre, dessinateur, musicien, metteur en scène), antiquaire, brocanteur, sculpteur, souffleur de verre, moniteur de ski.

L'Assuré doit informer ALPTIS ASSURANCES de tout changement concernant sa profession.

③ DÉCLARATION SPÉCIALE NON FUMEUR

Cf déclaration spéciale non fumeur de la Déclaration d'État de Santé.

④ OBJET DU PRÊT

- Acquisition résidence principale
- Acquisition résidence secondaire
- Investissement locatif
- Prêt professionnel
- Rachat de crédits
- Autre

⑤ TYPE DE PRÊT ET DE TAUX

- **Type de prêt** : prêt amortissable sans différé, prêt amortissable avec différé, prêt relais, prêt *In Fine*, prêt à paliers ou autres.  
Les opérations de crédit-bail ou de leasing ne sont pas éligibles aux garanties du présent contrat.
- **Type de taux** : taux fixe ou taux variable.

⑥ DURÉE

Si votre prêt comporte un différé d'amortissement : durée du différé + durée de l'amortissement.

**7 PÉRIODICITÉ DU PAIEMENT DE VOTRE PRÊT**

Annuelle, semestrielle, trimestrielle, mensuelle.

**8 QUOTITÉ**

% du capital emprunté à assurer (ex : 100 %). La quotité de la garantie Invalidité Permanente Totale de travail ne peut excéder celle de la garantie Décès et Perte Totale et Irréversible d'Autonomie. La quotité de la garantie Incapacité Temporaire Totale de travail est identique à celle de la garantie Invalidité Permanente Totale. La quotité de l'Option Décès Plus (invalidité professionnelle à 100 % pour certaines professions médicales) est celle retenue pour la garantie Décès et Perte Totale et Irréversible d'Autonomie. La quotité de la Garantie Dépendance Totale de l'Option Privilège est celle retenue pour la Garantie Décès/PTIA.

**9 OPTION DÉCÈS PLUS**

**Le DÉCÈS PLUS est une garantie supplémentaire, non obligatoire, exclusivement réservée aux médecins spécialistes, chirurgiens, chirurgiens-dentistes et vétérinaires exerçant en libéral.**

**Application de la garantie :** les professionnels concernés qui décident de prendre cette option, et par là même de s'acquitter du supplément de cotisation, bénéficient de l'assimilation au décès en cas d'invalidité professionnelle à 100 %, appréciée selon le barème joint à la notice d'information contractuelle PAREO-V5, si celle-ci est consolidée avant 65 ans ou avant la liquidation de la retraite. Le paiement par l'Assureur des sommes dues au titre de la garantie supplémentaire met fin à l'adhésion.

**10 GARANTIE INCAPACITÉ**

La garantie incapacité ne peut être souscrite qu'en complément de la garantie invalidité. En cas de pluralité d'assurés, la garantie incapacité temporaire totale de travail ne peut être souscrite par chaque assuré que s'il exerce une activité avec un taux d'activité effectif supérieur ou égal à 50 %.

**11 FRANCHISE INCAPACITÉ**

**Franchise :** délai entre le début de votre incapacité et celui de la prise en charge de vos échéances de prêt.

**Franchises proposées :** 30 jours, 90 jours, 180 jours.

Seules les franchises de 90 ou 180 jours sont disponibles pour les fonctionnaires.

**12 OPTION PRIVILÈGE**

L'Option Privilège est une garantie supplémentaire, facultative, qui a pour objet de faire bénéficier aux assurés s'étant acquittés du supplément de cotisation correspondant, dans les limites et conditions du § 9•3 de la notice d'information :

- des allègements des limitations en cas d'Incapacité Temporaire Totale de travail et d'Invalidité Permanente Totale tels que définis à l'article 12 de la notice d'information contractuelle (pour les seuls adhérents ayant souscrit les garanties Incapacité Temporaire Totale de travail et Invalidité Permanente Totale) ;
- d'une garantie dépendance totale.

**13 OPTION REVENTE**

L'Option Revente est une garantie supplémentaire, facultative, qui a pour objet de prendre en charge dans les limites et les conditions du § 9•4 de la notice d'information, la moins-value consécutive à la revente de la résidence principale.

**14 SPORTS AMATEURS FAISANT L'OBJET DE DISPOSITIONS SPÉCIFIQUES**

**Catégorie 1 (Décès/PTIA : tarif normal - ITT/IPT : + 75 %) :**

Luttes, Boxe française, Hockey sur glace, Ski de randonnée (altitude < 3 000 mètres), Fun-board, Rugby, Football américain.

**Catégorie 2 (Décès/PTIA : 0,50 % - ITT/IPT : + 100 %) :**

Boxe anglaise, Courses landaises, Moto-neige sans compétition, Luge en compétition, Luge canadienne (skeleton, toboggan), Ski de randonnée/ randonnées en haute montagne (altitude > 3 000 mètres), Rafting, Scooter des mers en compétition, Canyoning, Hydrospeed.

**Catégorie 3 (Décès/PTIA : 1,00 % - ITT/IPT : + 150 %) :**

Boxe américaine, Pêche au gros (à moins de 200 miles des côtes), Skiathlon, Combiné nordique, Saut à ski sur tremplin, Moto-neige en compétition de vitesse.

**Les sports amateurs suivants peuvent être couverts sous réserve d'acceptation par l'Assureur, après étude préalable et application éventuelle de conditions particulières :**

Epreuves combinées d'athlétisme (Décathlon, triathlon, etc ...), Sports mécaniques avec engins à moteur (sports automobiles, moto, motonautisme en compétition), Chasse hors de France et pays limitrophes, Equitation en compétition avec monte, Escalade, varappe, trekking (Altitude > 3 000 mètres), Plongée avec bouteilles profondeur > à 30 mètres, en apnée > 20 mètres, Voile au-delà de 20 miles nautiques des côtes, Spéléologie, Sports aéronautiques (pilotage d'avion, hélicoptère, planeur, vol à voile, parachutisme, deltaplane, parapente...), Ski et autres sports de montagne hors piste balisée et ouverte, Autres sports de neige (paraski, héli-ski, raid free style, free-ride), Bobsleigh Skate, Roller... en compétition, Catch, Boxe thaïlandaise, Disciplines du cirque en loisir, Catapultage avec élastique, kilométrage lancé.

**Lorsque la couverture de ces sports est accordée, il en sera fait mention explicite dans l'attestation d'assurance de prêt.**

**AUTORISATION DE PRÉLÈVEMENT**

J'autorise l'établissement teneur de mon compte à prélever sur ce dernier, si sa situation le permet, tous les prélèvements ordonnés par :

**ALPTIS ASSURANCES - 69445 LYON CEDEX 03**

**A COMPLÉTER INTÉGRALEMENT ET OBLIGATOIREMENT**

joindre 1 Relevé d'Identité Bancaire (RIB)

N° NATIONAL D'ÉMETTEUR

**234176**

**COMPTE A DÉBITER**

Code banque	Code guichet	N° de compte	Clé RIB
-------------	--------------	--------------	---------

**DÉSIGNATION DU TITULAIRE DU COMPTE À DÉBITER**

Nom

Prénom

Adresse

Code postal

Ville

**DÉSIGNATION DE L'ÉTABLISSEMENT BANCAIRE TENEUR DU COMPTE A DÉBITER**

Nom de l'établissement

Adresse complète

Lieu-dit

Code Postal  Ville

DATE

SIGNATURE



## FORMALITÉS MÉDICALES APPLICABLES

CAPITAUX ASSURÉS	< = 50 ans	> 50 ans
< = 30 000 €	Déclaration d'Etat de Santé	Déclaration d'Etat de Santé
De 30 001 € à 160 000 €		Questionnaire de Santé
De 160 001 € à 230 000 €		Déclaration d'Etat de Santé + Rapport Médical + Profil sanguin + Test de cotinine pour les non-fumeurs
De 230 001 € à 350 000 €		

## RÈGLEMENT DES COTISATIONS

Les cotisations sont payables d'avance le 10 du mois selon la périodicité choisie

### 1<sup>ère</sup> étape

Choisissez votre mode de règlement et cochez.

Echéance	Prélèvement	Chèque
Annuelle	<input type="radio"/> gratuit	<input type="radio"/> 2 € par an
Semestrielle	<input type="radio"/> 2 € par an	<input type="radio"/> 4 € par an
Trimestrielle	<input type="radio"/> 4 € par an	<input type="radio"/> 8 € par an
Mensuelle	<input type="radio"/> 12 € par an	impossible

### 3<sup>e</sup> étape

**Si vous avez choisi le prélèvement, veuillez remplir l'autorisation ci-dessous et nous joindre 1 RIB.**

### 2<sup>e</sup> étape

**Veillez faire un chèque d'acompte forfaitaire de 40 €\* à l'ordre d'ALPTIS ASSURANCES.**

Droit d'entrée**	11 €
Cotisation d'Association (1 € par mois)	
Acompte cotisation	29 €
<b>Total acompte forfaitaire</b>	<b>40 €</b>

\*Dans l'hypothèse où l'adhésion est refusée, le montant de l'acompte forfaitaire sera restitué.

\*\*Le droit d'entrée de 11 € est perçu une fois pour toute lors de l'adhésion. Il n'est pas dû si l'adhérent est déjà membre d'une des Associations souscriptrices.

*Pour gagner un temps précieux et être couvert le plus rapidement possible, n'oubliez pas de vérifier si votre dossier est complet.*

**Avez-vous complété, daté, signé ?**

- La Demande d'Adhésion.
- L'autorisation de prélèvement.
- La Déclaration d'État de Santé.

**Avez-vous joint à votre demande ?**

- Votre chèque d'acompte de 40 €.
- 1 Relevé d'Identité Bancaire (RIB).
- La photocopie d'une pièce d'identité.

**OÙ RENVOYER VOTRE DEMANDE D'ADHÉSION**

Vous devez renvoyer votre demande d'adhésion à :

**ALPTIS ASSURANCES**  
**Centre de traitement PAREO-V5 Emprunteurs**  
**2, rue Rossan - 69003 LYON**

Vous pouvez également l'adresser sous pli confidentiel à :

**ALPTIS ASSURANCES - M. le Médecin Conseil de l'Assureur**  
**33, cours Albert Thomas - 69445 LYON CEDEX 03**

# DÉCLARATION D'ÉTAT DE SANTÉ ASSURÉ 1



Cette Déclaration d'Etat de Santé doit être complétée par les personnes :

- de 50 ans ou moins à l'adhésion, souscrivant un prêt inférieur ou égal à 230 000 €
- de plus de 50 ans à l'adhésion souscrivant un prêt inférieur ou égal à 30 000 €

N° proposition Internet

Nom  Prénom  Profession

- 1 • Déclaration préalable "Etes-vous fumeur ?" .....  Oui  Non
- 2 • Quel est votre poids ?  kg Quelle est votre taille ?  cm
- 3 • Etes-vous sous surveillance et/ou traitement médical :
- pour tension artérielle ? .....  Oui  Non  
Si oui, votre tension est-elle comprise entre 9/6 et 14/8 ?  Oui  Non
  - pour hypercholestérolémie ? .....  Oui  Non  
Si oui, indiquez votre taux de cholestérol  Inférieur à 2,50 g/l  
 Entre 2,50 g/l et 2,70 g/l  
 Entre 2,70 g/l et 2,90 g/l  
 Entre 2,90 g/l et 3,20 g/l  
 Supérieur à 3,20 g/l
- 4 • Etes-vous actuellement en arrêt de travail à la suite d'une maladie ou d'un accident ? .....  Oui  Non
- 5 • Au cours des 10 dernières années :
- a) Avez vous été sous surveillance médicale ou sous traitement médical
- pour maladie rhumatismale, articulaire, arthrose, lumbago ou sciatique ? .....  Oui  Non
  - pour affections disco-vertébrales ? .....  Oui  Non
  - pour troubles psychiques, dépression nerveuse ? .....  Oui  Non
  - pour troubles neurologiques ? .....  Oui  Non
  - pour maladie endocrinienne (diabète, thyroïde...)? .....  Oui  Non
  - pour troubles cardiaques ou vasculaires (artériels ou veineux) ? .....  Oui  Non
  - pour maladies digestives ou du foie ? .....  Oui  Non
  - pour cancer ou tumeur ? .....  Oui  Non
  - pour sclérose en plaques ? .....  Oui  Non
  - pour maladie respiratoire ? .....  Oui  Non
  - pour maladie des reins, vessie, gynécologique ? .....  Oui  Non
- b) Avez-vous suivi un traitement spécialisé tel que rayons, chimiothérapie, immunothérapie ou cobaltothérapie ? ..  Oui  Non
- 6 • Au cours des 5 dernières années, avez-vous subi des opérations ou séjourné en hôpital, clinique, centre hospitalier spécialisé, centre de rééducation ou de réadaptation, maison de repos ou de santé ou tout autre établissement dispensant des soins prescrits par un médecin (sauf pour appendicite, amygdales, hernie inguinale, calculs vésiculaires, végétations, dents de sagesse, varices des jambes et maternité sans complication) ? .....  Oui  Non
- 7 • Devez-vous être opéré, hospitalisé, consulter un médecin, faire des examens ou un bilan de santé ? .....  Oui  Non
- 8 • Etes-vous atteint d'une affection chronique ou congénitale, d'une infirmité ou invalidité ? .....  Oui  Non
- 9 • Les examens à visée préventive ou diagnostique auxquels vous vous êtes soumis au cours des 3 dernières années (examens de sang ou urines, radios, ECG, échographies, scanners, ostéodensométrie ou autres) ont-ils mis en évidence des anomalies ? .....  Oui  Non
- 10 • Avez-vous déjà fait l'objet d'un test de dépistage des sérologies portant en particulier sur les virus des hépatites B et C ou sur le virus de l'immunodéficience humaine (sida) dont le résultat a été positif ? .....  Oui  Non
- 11 • Avez-vous fait l'objet d'un refus, d'un ajournement, d'une restriction, ou d'une surprime pour un précédent contrat d'assurances de personnes ? .....  Oui  Non

Vous pouvez adresser cette Déclaration d'Etat de Santé (D.E.S.) sous enveloppe confidentielle à l'attention du Médecin Conseil de l'Assureur, aux bons soins d'ALPTIS ASSURANCES. Si vous avez des réponses positives à cette Déclaration d'Etat de Santé, veuillez compléter le Questionnaire de Santé en précisant très exactement la nature de votre affection et nous le renvoyer avec la D.E.S. remplie, sous enveloppe confidentielle à l'attention du Médecin Conseil de l'Assureur.

Je déclare exacts et sincères les renseignements portés sur cette Demande d'Adhésion qui serviront de base à l'acceptation de l'assureur. Je déclare sur l'honneur ne pas exercer une profession exclue à l'article "PROFESSIONS EXCLUES" de la notice d'information contractuelle PAREO-V5. Je reconnais avoir été informé du caractère obligatoire des réponses aux questions posées (sous peine de non examen de mon dossier), ainsi que des conséquences qui pourraient résulter d'une omission ou d'une fausse déclaration prévues aux articles L. 113-8 et L. 113-9 du code des assurances. J'ai noté que je devrai déclarer sans délai, toute modification, à peine de déchéance. Conformément aux articles 39 et 40 de la loi du 6 janvier 1978 dite "Informatique et libertés"

modifiée par la loi n° 2004-801 du 6 août 2004, je dispose d'un droit d'accès et de rectification auprès du Médecin Conseil de l'Assureur. Les données personnelles recueillies seront exclusivement utilisées pour le traitement de mon dossier, dans le strict respect du secret médical, par ALPTIS ASSURANCES et par SwissLife Assurance et Patrimoine, destinataire, avec ses mandataires et réassureurs, de l'information.

Fait à , le

Signature précédée de la mention manuscrite "lu et approuvé"



## Déclaration spéciale non fumeur

Je soussigné(e) déclare ne pas avoir fumé de cigarettes, cigares ou pipes au cours des 24 derniers mois. Je déclare également que je n'ai pas dû arrêter de fumer suite à la demande expresse du corps médical. Par ailleurs, je m'engage à prévenir l'assureur en cas de modification de l'état de cette déclaration spéciale non fumeur. Cette déclaration fait partie intégrante de mon contrat d'assurance.

Fait à , le

Signature de la personne à assurer



# DÉCLARATION D'ÉTAT DE SANTÉ ASSURÉ 2



Cette Déclaration d'Etat de Santé doit être complétée par les personnes :

- de 50 ans ou moins à l'adhésion, souscrivant un prêt inférieur ou égal à 230 000 €
- de plus de 50 ans à l'adhésion souscrivant un prêt inférieur ou égal à 30 000 €

N° proposition Internet

Nom  Prénom  Profession

- 1** • Déclaration préalable "Etes-vous fumeur ?" .....  Oui  Non
- 2** • Quel est votre poids ?  kg Quelle est votre taille ?  cm
- 3** • Etes-vous sous surveillance et/ou traitement médical :
- pour tension artérielle ? .....  Oui  Non
  - Si oui, votre tension est-elle comprise entre 9/6 et 14/8 ?  Oui  Non
  - pour hypercholestérolémie ? .....  Oui  Non
  - Si oui, indiquez votre taux de cholestérol  Inférieur à 2,50 g/l
  - Entre 2,50 g/l et 2,70 g/l
  - Entre 2,70 g/l et 2,90 g/l
  - Entre 2,90 g/l et 3,20 g/l
  - Supérieur à 3,20 g/l
- 4** • Etes-vous actuellement en arrêt de travail à la suite d'une maladie ou d'un accident ? .....  Oui  Non
- 5** • Au cours des 10 dernières années :
- a) Avez vous été sous surveillance médicale ou sous traitement médical**
- pour maladie rhumatismale, articulaire, arthrose, lumbago ou sciatique ? .....  Oui  Non
  - pour affections disco-vertébrales ? .....  Oui  Non
  - pour troubles psychiques, dépression nerveuse ? .....  Oui  Non
  - pour troubles neurologiques ? .....  Oui  Non
  - pour maladie endocrinienne (diabète, thyroïde...)? .....  Oui  Non
  - pour troubles cardiaques ou vasculaires (artériels ou veineux) ? .....  Oui  Non
  - pour maladies digestives ou du foie ? .....  Oui  Non
  - pour cancer ou tumeur ? .....  Oui  Non
  - pour sclérose en plaques ? .....  Oui  Non
  - pour maladie respiratoire ? .....  Oui  Non
  - pour maladie des reins, vessie, gynécologique ? .....  Oui  Non
- b) Avez-vous suivi un traitement spécialisé tel que rayons, chimiothérapie, immunothérapie ou cobaltothérapie ? ..**  Oui  Non
- 6** • Au cours des 5 dernières années, avez-vous subi des opérations ou séjourné en hôpital, clinique, centre hospitalier spécialisé, centre de rééducation ou de réadaptation, maison de repos ou de santé ou tout autre établissement dispensant des soins prescrits par un médecin (sauf pour appendicite, amygdales, hernie inguinale, calculs vésiculaires, végétations, dents de sagesse, varices des jambes et maternité sans complication) ? .....  Oui  Non
- 7** • Devez-vous être opéré, hospitalisé, consulter un médecin, faire des examens ou un bilan de santé ? .....  Oui  Non
- 8** • Etes-vous atteint d'une affection chronique ou congénitale, d'une infirmité ou invalidité ? .....  Oui  Non
- 9** • Les examens à visée préventive ou diagnostique auxquels vous vous êtes soumis au cours des 3 dernières années (examens de sang ou urines, radios, ECG, échographies, scanners, ostéodensométrie ou autres) ont-ils mis en évidence des anomalies ? .....  Oui  Non
- 10** • Avez-vous déjà fait l'objet d'un test de dépistage des sérologies portant en particulier sur les virus des hépatites B et C ou sur le virus de l'immunodéficience humaine (sida) dont le résultat a été positif ? .....  Oui  Non
- 11** • Avez-vous fait l'objet d'un refus, d'un ajournement, d'une restriction, ou d'une surprime pour un précédent contrat d'assurances de personnes ? .....  Oui  Non

Vous pouvez adresser cette Déclaration d'Etat de Santé (D.E.S.) sous enveloppe confidentielle à l'attention du Médecin Conseil de l'Assureur, aux bons soins d'ALPTIS ASSURANCES. Si vous avez des réponses positives à cette Déclaration d'Etat de Santé, veuillez compléter le Questionnaire de Santé en précisant très exactement la nature de votre affection et nous le renvoyer avec la D.E.S. remplie, sous enveloppe confidentielle à l'attention du Médecin Conseil de l'Assureur.

Je déclare exacts et sincères les renseignements portés sur cette Demande d'Adhésion qui serviront de base à l'acceptation de l'assureur. Je déclare sur l'honneur ne pas exercer une profession exclue à l'article "PROFESSIONS EXCLUES" de la notice d'information contractuelle PAREO-V5. Je reconnais avoir été informé du caractère obligatoire des réponses aux questions posées (sous peine de non examen de mon dossier), ainsi que des conséquences qui pourraient résulter d'une omission ou d'une fausse déclaration prévues aux articles L. 113-8 et L. 113-9 du code des assurances. J'ai noté que je devrai déclarer sans délai, toute modification, à peine de déchéance. Conformément aux articles 39 et 40 de la loi du 6 janvier 1978 dite "Informatique et libertés"

modifiée par la loi n° 2004-801 du 6 août 2004, je dispose d'un droit d'accès et de rectification auprès du Médecin Conseil de l'Assureur. Les données personnelles recueillies seront exclusivement utilisées pour le traitement de mon dossier, dans le strict respect du secret médical, par ALPTIS ASSURANCES et par SwissLife Assurance et Patrimoine, destinataire, avec ses mandataires et réassureurs, de l'information.

Fait à , le

Signature précédée de la mention manuscrite "lu et approuvé"



## Déclaration spéciale non fumeur

Je soussigné(e) déclare ne pas avoir fumé de cigarettes, cigares ou pipes au cours des 24 derniers mois. Je déclare également que je n'ai pas dû arrêter de fumer suite à la demande expresse du corps médical. Par ailleurs, je m'engage à prévenir l'assureur en cas de modification de l'état de cette déclaration spéciale non fumeur. Cette déclaration fait partie intégrante de mon contrat d'assurance.

Fait à , le

Signature de la personne à assurer

